

別記様式第4号（第8条関係）

深川市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業給付請求書

年 月 日

（宛先）深川市長 様

給付者 住所
氏名 印

年 月 日付第 号で利用承認通知のあった深川市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業給付金について、次のとおり請求します。

記

- 1 給付金請求額 円
- 2 給付金振込先

フリガナ 口座名義人			
金融機関名		支店名	
口座番号			

- 3 添付書類
(1) 初回産科受診をした医療機関が発行した領収書（診療明細書を含む。）
(2) その他市長が必要と認める書類